

## SORU VE YANITLAR İLE ÜLSERATİF KOLİT HASTALIĞI (İNFLAMATUVAR BARSAK HASTALIĞI)

☑ Soru -1-:

Ülseratif kolit hastalığının sebebi bilinmekte midir? Tıp bugüne kadar bu hastalığa nasıl bir açıklama getirmiştir?

☑ Yanıt-1-:

Ülseratif kolit hastalığı kronik (süreğen) iltihabi özellikte bir hastalıktır. Sebebinin açıklanması için uzun yıllardır yapılan çalışmalarda genetik (doğuştan) gelen bir yatkınlığı olan kişide barsak kökenli olduğu düşünülen antijenlere karşı bağışıklık (immun) mekanizmasının normalin dışında abartılı bir yanıt vermesi olarak düşünülmektedir. Bu abartılı immun yanıt sonucu hem kalın barsağı ilgilendiren hem de sistemik tutulumlu bir hastalık olarak ortaya çıkmaktadır.

☑ Soru-2-:

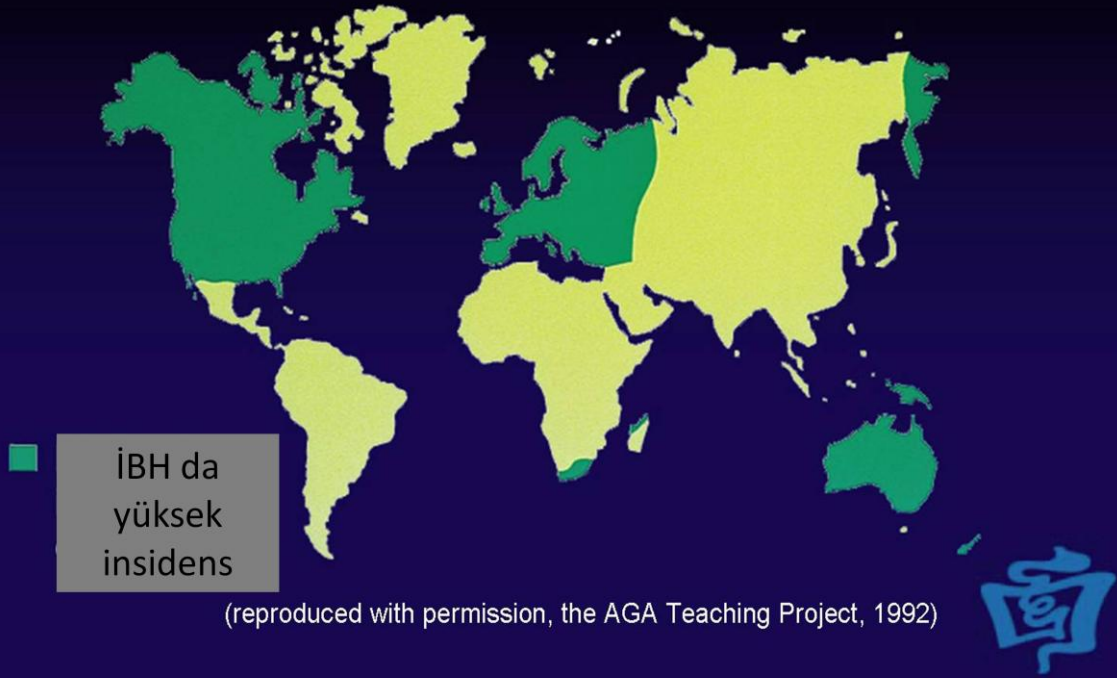
Ülseratif kolit hastalığında hangi yaş grupları daha sık olarak etkilenmektedir? Dünya 'da ve Türkiye 'de rastlanma sıklığı hangi düzeydedir?

☑ Yanıt-2-:

Çocukluk çağını da ilgilendiren bir hastalık olarak 15 yaşından itibaren karşımıza çıkabilmekle beraber özellikle 20-40yaş grubunda hem erkek hem kadını etkileyerek önemli bir sağlık sorununu oluşturmaktadır. Resim-1'de görüldüğü gibi dünyada belirli bölgelerde karşımıza çıkmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde sık olarak rastlanmaktadır. Türkiye 'de rastlanma sıklığı açısından yüksek riskli bölgede yer almaktadır.

Resim-1:

## İBH COĞRAFİ DAĞILIMI



Ülseratif kolite rastlanma sıklığı için dünyada yüksek insidensli (her yıl oratya çıkan yeni olgu sayısı) bölgeler için 2-10/100.000 rakamları arasında, prevalans olarak ise (herhangi bir zaman diliminde o toplumda mevcut olgu sayısı ) 35-100 /100.000 rakamları arasında olgu sayıları bildirilmektedir. Türkiye 'de rastlanma sıklıkları ise bu rakamlara yakındır. Beslenme koşullarındaki sorunlar ve sağlıklı beslenme için gerekli ürünlere ulaşmada ki zorluklar nedeni ile rastlanma sıklığının her geçen gün arttığına tanık olunmaktadır. Çevre kirliliğinin,içme sularının kirliliğinin arttığı oranda, çevre bilincinin topluma yerleştirilemediği oranda bu riskte artış olması kaçınılmazdır.

Soru-3-:

Genetik yatkınlıktan bahsediyorsunuz. Ülseratif kolit olan bir olgunu kardeşinde veya çocuğunda bu hastalığın ortaya çıkma olasılığı var mıdır?

Yanıt-3-:

Günümüzde pek çok hastalığın oluşumunda genetik yatkınlıktan bahsedilmektedir. Ülseratif kolitte bu tür bir hastalıktır. Ülseratif kolitli bir olgunun ailesinin diğer bireylerinde veya çocuklarında hastalığın ortaya çıkışı ile ilgili bilgilerimiz net değildir. Bazı ailelerde birden fazla

kardeşte ülseratif kolit karşımıza çıkabilmektedir. Farklı toplumlarda kalıtım koşulları farklı olabilmektedir. (1,2). Akriba evliliklerinin sık olarak yaşandığı Yahudiler gibi toplumlarda inflamatuvar barsak hastalığının (ülseratif kolit ve Crohn hastalığı) sık olarak ortaya çıktığı gözlenmektedir (3,4).

☑ Soru-4-:

Hastada ilk görölen yakınmalar nelerdir? İlk başvuruda doktora müracaat hangi belirtiler ve sebeplerle olur?

☑ Yanıt-4-:

Olguları doktora getiren yakınmalar sıklıkla, karın ağrısı, kanlı, mukuslu (sümüksü, balgamlı) dışkılama, ishal, ateş gibi yakınmalardır. Karın ağrısı hafiften çok şiddetliye kadar değişebildiğı gibi, akut karın (acil cerrahi girişim gerektiren) tablosu içinde de gelebilirler.

İshal günde 1-2 kez hafif kanamalı olabildiğı gibi günde 25-30 'a kadar ulaşabilen ,gece yataktan kaldıran , aşırı kan kaybına sebep olacak karakterde olabilir.(Resim-2) Ateş 37,5 C derece olabildiğı gibi karın içine barsak delinmesi veya toksik megakolon denilen tabloda 40 derecelere kadar ulaşabilir.

Resim-2: Ülserli mukozadan bol kanama görölür.



- Soru-5-:

Karın ağrısı, kanlı ishal ve ateş yakınmaları olan bir kişide ilk akla gelmesi gereken ülseratif kolit hastalığı mıdır?

- Yanıt-5-:

Tabii ki ilk akla gelmesi gereken ülseratif kolit değildir. Türkiye'nin paraziter hastalıklar yönünden zengin olduğunu ve sağlıklı, temiz su ve gıda tüketiminin olmadığı alanlarda basilli dizanterinin önemli bir sorun olduğunu düşündüğümüzde ilk aklımıza gelmesi gereken enfeksiyöz ishaller (diyarler) dir. Parazitler içerisinde amip halen önemli bir sorundur. Basilli dizanterinin etkeni olan Escherichia coli denilen koli basil ide sık olarak kanlı mukuslu ishalin sebebi olarak karşımıza çıkar. Kanalizasyon veya foseptik sularının içilecek sulara karışması, bu sularla yıkanan gıdaların ,sebze ve meyvelerin yeterli temizlenmeden yenilmesi, tuvalet sonrası temizliğin yeterli yapılamaması ve tuvalet kağıdı kullanma alışkanlığının olmaması gibi pek çok nedenler ile enfeksiyöz kanlı ishaller sıklıkla sorun olarak devam etmektedir. Burada unutulmaması gereken önemli noktalardan birisi ise kanlı ishalin tekrarlaması durumunda ülseratif kolitin öncelikle akla gelmesi gerekliliğidir. Bunun

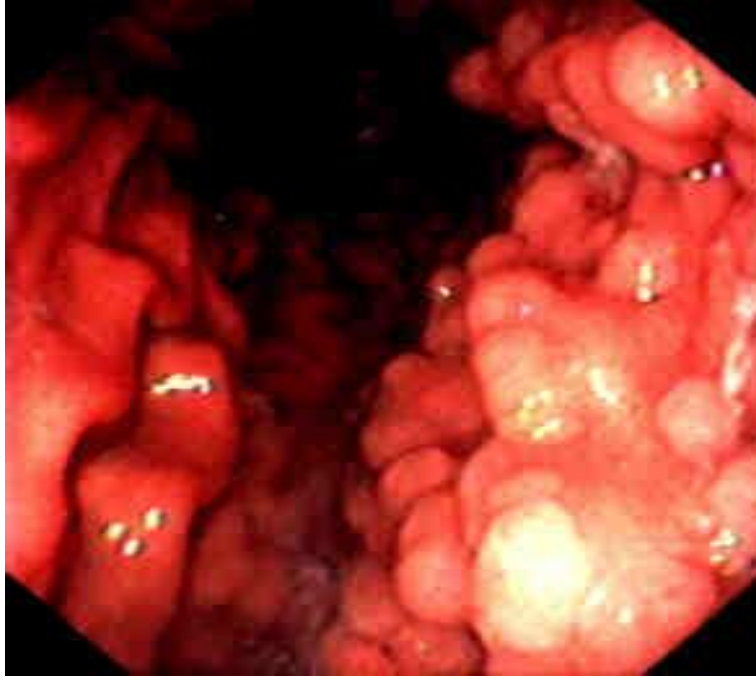
yanı sıra amip parazitinin ülseratif kolitli olgularda sık olarak karşımıza çıkma olasılığı nedeni ile sık amip koliti olan olgularda ülseratif kolitin mutlaka göz önünde bulundurulması zorunluluğudur. Kanlı ishalde ayırıcı tanıda aklımıza gelmesi gereken hastalıklar tablo-1'de gösterilmiştir.

Tablo-1: Ülseratif kolitte ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar.

#### AYIRICI TANI

- Basilli dizanteri
- Amipli dizanteri
- Histoplazmozis
- İnfeksiyöz enterokolit
- Regional ileitis (Crohn hastalığı)
- Konjenital polipozis (Familiyal adenomatozis polipozis koli-FAP- resim-3-)
- Pseudomembranöz enterokolit (antibiyotik kullanımı sonrası kanlı ishal)
- İskemik kolit (barsağı besleyen damarlardaki sorunlara bağlı klinik tablo)
- Kalın barsak kanserleri

Resim-3: FAP olgusunda yaygın polipler.



☑ Soru-6-:

Ayrıcı tanıda bu kadar çok hastalığın yer aldığı görüldüğüne göre ülseratif kolitte tanı koymak için neler yapılmalıdır?

☑ Yanıt-6-:

Tanı koyma aşamasında tüm bu ayrıntıları tek tek bakılması gerekir. Tek bir inceleme yöntemi ile ülseratif kolit tanısı koymak söz konusu olmadığı için hastanın linik tablosu, radyolojisi, endoskopik incelemeleri ve laboratuvar tetkiklerinin bir arada değerlendirilmesi ile ülseratif kolit tanısı konulabilir. Bu nedenler ile tanı konulması aşamasında doktorun son derece dikkatli olması gerekir. Yıllarca sürebilecek ve pek çok yönleri ile önemli olan bu tanıyı koyarken dikkatli karar vermek gereğinde tanının tekrar tekrar gözden geçirilmesi gereklidir.

☑ Soru-7-:

Ülseratif kolit hastalığı başladıktan sonra ne kadar zamanda geçebilir? Tekrarlayan bir hastalık mıdır? Tamamen geçmesi söz konusu mudur?

☑ Yanıt-7-:

Ülseratif kolit hastalığı farklı şekillerde karşımıza çıkabilen süreğen (kronik ) bir hastalıktır. Sakinleşme (remisyon ) ve alevlenmeler (eksaserebasyon) ile seyrederek. İlk ortaya çıkışında hafif seyreden şekillerde klinik tablo ve yakınmalar 4-12 hafta kadar devam edebilir. Kısmi bir

yatışmaya gidebilir ya da bu süreç 6 aya kadar uzayabilir. Bu tabloya tekrarlayan tip denilir. Bu süreç yatışarak hastalık sakinleşebilir. Ardından ataklar gelebilir ve hastalık kronik devamlı tip dediğimiz tabloya geçebilir. Kronik devamlı tip dediğimiz ülseratif kolit hastasında remisyon (sakinleşme) aylar, yıllar (10-15 yıl gibi uzun süre) sürebilir ya da kısa zaman içinde alevlenmeler karşımıza çıkabilir.

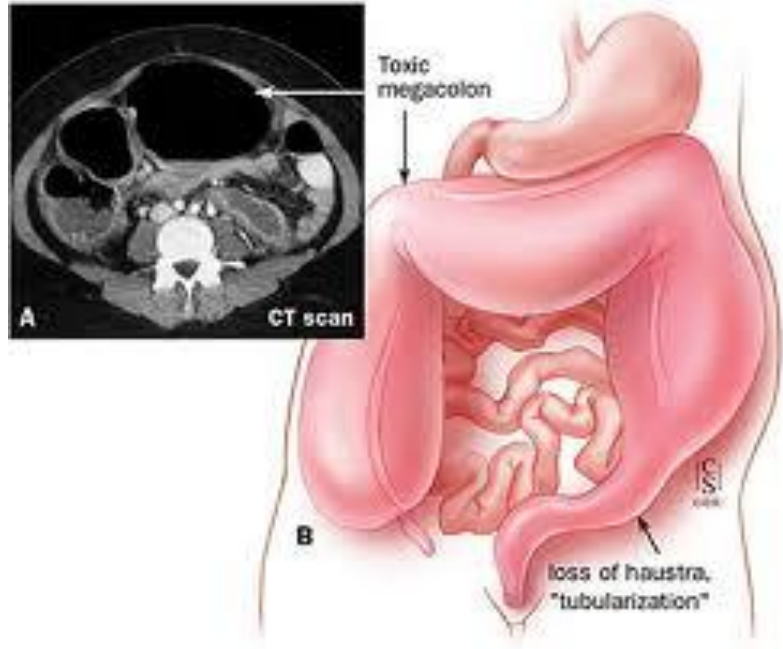
Tekrarlayan veya kronik devamlı tip dediğimiz kolitis ülseroza (ülseratif kolit) seyrinin herhangi bir aşamasında fulminant tip dediğimiz en alevli şekline dönebilir.

Hastalık ilk kez başladığında da karşımıza fulminant tip dediğimiz tablo ile gelebilir. Tüm ülseratif kolit olguları arasında fulminant kolit formu %5 oranında izlenebilir.

Tablo-2: Fulminant tablo da klinik ve laboratuvar bulguları:

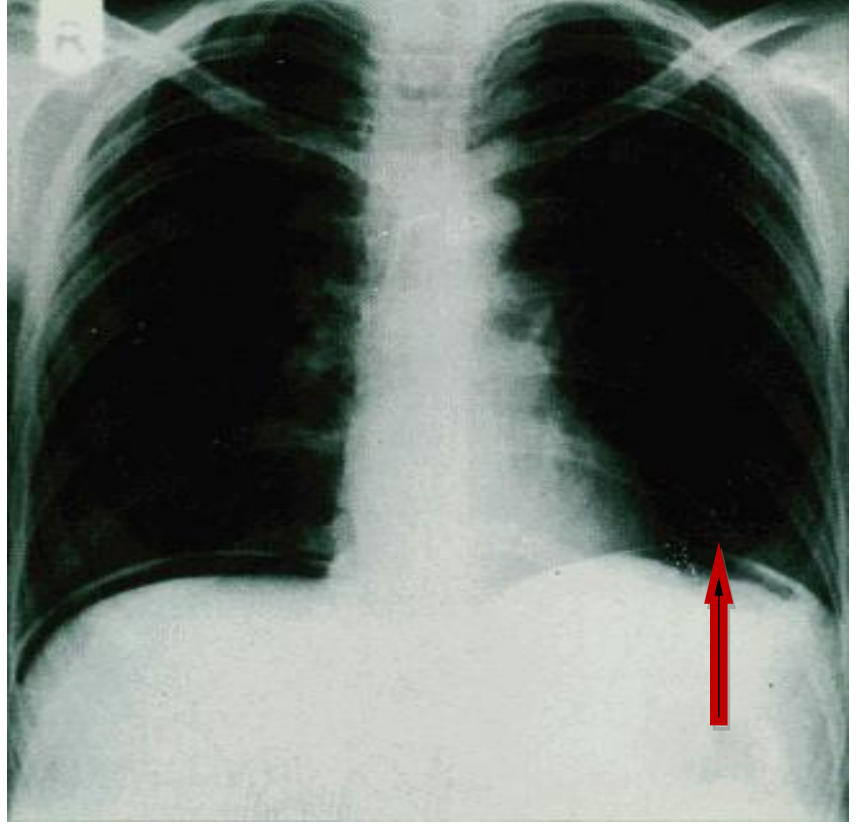
- ❖ Karın ağrısı bulunabilir, ağrısız karına daha çok rastlanır. Önceleri olan ağrı hafiflemiştir veya kaybolur,
- ❖ İshal başlangıçta kanlı ve çok sayıda iken ishal kaybolup kabızlık görülebilir.
- ❖ Karında şişme ve barsak seslerinde azalma izlenir.
- ❖ Ateş 39-40 derecelere ulaşabilir.
- ❖ Tansiyon düşer nabız süratlenir (dakikada 120 veya üzeri taşikardik düzeydedir).
- ❖ Hasta susuz ve kuru karakterde olabilir.
- ❖ Ayakta direkt karın grafisinde transvers (orta) kolon gaz gölgesi genişlemiş olabilir (6 cm den geniş-resim-4).
- ❖ Lökosit sayısı 14.000 - 20.000 gibi yüksek rakamlara ulaşabilir.
- ❖ Barsak delinmiş ise ayakta direkt natın grafisinde karaciğer üzerine serbest hava izlenebilir. (Resim-5)

Resim-4- Transvers (orta) kolon seviyesinde 6 cm den geniş gaz kitlesi toksik megakolon lehinedir.



Resim-5: Barsak delinmesine (perforasyonuna ) bağlı direkt karın grafisinde subdiyafragmatik ( diyafragma altında) hava toplanması





☑ Soru-8-:

Ülseratif kolit hastalığının barsakları özellikle kalın barsağı tuttuğunu belirtirken sistemik tutulum yaptığını söylediniz .Sistemik tutulum demekle kastedilen nedir?Başka hangi sorunlar ülseratif kolit hastasını etkilemektedir?

☑ Yanıt-8-:

☑ Sistemik tutulumdan kastedilen kalın barsak dışında ülseratif kolit hastalığı ile ilgili olan tutulumlardır. Tablo5'te bu tutulum yerleri özetlenmiştir.

Tablo-5: Ülseratif kolit olgularında sistemik komplikasyonlar.

#### SİSTEMİK KOMPLİKASYONLAR

1-Artrit

2- Deri lezyonları

3- Mukozal lezyonlar

4- Karaciğer'e ait patolojiler

5- Tromboflebit

6- Böbrek

7- Göz

8- Otoimmün hemolitik anemi, amiloidoz.

Bunları biraz açıklayalım.

### **Artrit:**

Özellikle büyük eklemlerin tutulumu söz konusudur. Ayak bileği, dizler, kalça gibi eklemler ülseratif kolit aktif –alevli-dönemde iken tutulum gösterebileceği gibi hastalık kısmen remisyona girdiği devrede de karşımıza çıkabilir. Artrit yakınması klasik olarak eklemde ağrı, şişkinlik , kızarıklık gibi bulgularla karşımıza çıkar. Hasta dizinde veya ayağında artrit atağı geçiriyorsa namaz kılamaz, dizini bükemez, merdiven inip çıkamaz veya ayağının üzerine basamaz duruma gelebilir. Deformite (şekil bozukluğu) bırakamayan artritler olarak bilinmektedirler. Seronegatif romatoid spondilit ( romatoid faktör hegatif bel tutulumlu hastalık) ve romatoid artrit ülseratif kolitli olmayan olgulardan daha sık görülürler (5).

Hastalarımıza özekle bu konuda önceden bilgi vermek isteriz. Bilgisi olmadığı dönemde ortopedist veya fizik tedavi doktoruna başvurabilirler. Burada hastanın ülseratif kolit hastalığı gözden kaçırılır ise ve eklem ağrıları için diklofenak, etodolak, naproksen gibi nonsteroid anti-inflamatuvar ajanlar verilirse ülseratif koliti alevlendirebilirler. Zararlı sonuçlar ile karşılaşabiliriz.

### **Deri lezyonları:**

Eritema nodozum denilen genellikle diz altında, bacak ön yüzlerinde, daha az olarak da kol ve gövdede oluşan kızarıklık ve basmakla ağrılı şişlikler şeklindedir. Genellikle ani başlar ve kendi kendine iyileşir. Öncesinde sıklıkla ateş, eklem ağrısı ve halsizlik gibi yakınmalar oluşabilir. 4-6 haftada geride herhangi bir iz bırakmadan iyileşebilirler. Bazen birkaç saatte de kaybolabilirler. kırmızı renkli lezyonlar olarak karşımıza çıkabilir. Başka hastalıklarda da eritema nodozum ile karşılaşabiliriz. Başka hastalıkların seyrinde özellikle tüberkülozda da rastlanılabilir. Kendiliğinden kaybolabileceği gibi ağrıya da sebep olabilir.

Ülseratif kolitle ilgili başka bir deri lezyonu ise pyoderma gangrenosumdur. Resim-6'da gösterildiği gibi oldukça ağır bir süreçtir. Sık rastlanmamakla beraber son 1 yılda 2-3 olgumuzda karşılaşır duruma geldik.

Resim:6: Pyoderma gangrenosum.



### **Mukoza lezyonları:**

Ağızda aftöz lezyonlar ve diş eti iltihaplanmaları ülseratif kolitle ilgili olarak karşımıza çıkabilir. Bu tür aftöz lezyonların ve diş eti iltihaplanmalarının tek sebebi tabii ki ülseratif kolit hastalığı değildir. Akla gelmediği takdirde uzun süreli yakınmalarda hastanın barsak alışkanlığı, kanlı mukuslu ishal ataklarının olup olmadığının sorgulanması durumunda tanıya gidilebilir.

### **Kaaraciğer:**

Karaciğer, safra kesesi, safra yolları tutulumu ne yazık ki çok değişik ve önemli şekillerde ülseratif kolitli olgularda karşımıza çıkabilmektedir. Sıklıkla olmamakla beraber olguların %7 'si karaciğer sorunları yaşayabilirler. Bu sorunlar içinde primer skelorazan kolanjit (PSK) adı verilen safra yollarının daralması ve sarılık ile giden hastalık oldukça önemlidir. Ülseratif kolitin seyrinde karşımıza çıkabileceği gibi önce bu hastalık saptanıp daha sonra ülseratif kolitin tanısının konulduğu durumlar ile karşılaşabiliriz. PSK 'li olguların %80 'inin üzerinde ülseratif kolit olgusu karşımıza çıkmaktadır. Bu olgularda kolanjiokarsinom (safra yolları kanseri) ve kolorektal kanserinde (kalın barsak kanseri) risk artışı ile karşılaşırız. Bu nedenle bu olguların yakın izlenmeleri ve ursodeoksikolik aist kullanımı önerilir (8). Bu olgularda otoimmün hepatit le çakışmada izlenebilir. Daha az sıklıkta olmakla

beraber ülseratif kolit olgularında karaciğer enzimlerinde (ALT, GGTP, alkalen fosfataz) yükselmeler ile bu olgularda karşılaşılabılır.

### **Trombofelbit:**

Özellikle bacakta baldır kesiminde derin venlerde (toplar damarlarda) ortaya çıkan venlerin pıhtı nedeni ile tıkanması (derin ven trombozu) , iltihaplanması, bacağın ağrılı ve şiş bir duruma gelmesi ile karakterize olan bir durumdur. Ülseratif kolit olgularında %4- 5 oranında görülebilir. Bu pıhtının o bölgeden koparak toplayıcı damarları (venleri) takip ederek kalbe kadar gelmesi oradan da akciğere giderek tıkanması yani pulmoner emboli dediğimiz durumun ortaya çıkması hayati tehlike ortaya çıkarır. Kişinin ölümüne sebep olabilir. Bu nedenle hastalarımız uyarırız. Bacaklarında oluşacak bu tarzdaki bir gelişmenin hemen doktoruna haber verilmesi gerektiğini belirtiriz. Zamanında dikkat edilerek düşük moleküllü heparin ( kanı sulandırıcı) ilacının kullanılması ve ayağın vücut seviyesinden yukarı kaldırarak istirahat alınması gibi önlemler alınması ile pulmoner embolinin hayatı tehdit edici sonuçları ortadan kaldırılabilir. Bu önlemlerin önemsenmeyip dikkate alınmadığı 40 yaşında bir ülseratif kolitli kadın olgunun ne yazık ki hayatını kaybettiğini hatırlıyorum.

### **Böbrek tutulumu:**

Glomerülonefrit ( böbrek iltihabı) pyelonefrit, nefrolitiazis ( böbrek taşı), ürolitiazis ( idrar yollarında taş) gibi değişik böbrek sorunlarının ülseratif kolit olgularında arttığı bildirilmektedir. Hatta çocukluk çağındaki inflamatuvar barsak hastalığı olgularında böbrek taşının ilk bulgu olarak karşımıza çıktığını belirten yayınlar bulunmaktadır (9).

### **Göz tutulumu:**

Ülseratif kolit olgularında % 4 oranında üveitis, iritis, episkelritis gibi göz iltihaplanmaları karşımıza çıkabilir. Bu problemler hasta tarafından sık göz yaşarması batması, çapaklanma gibi yakınmalar ile ifade edilebilir. Sık göz doktoruna gidip bu yakınmalarına çare bulunmadığı durumlarda göz doktorunun aklına gelerek sorunun iç hastalıkları uzmanı veya gastroenterolog tarafından değerlendirilmesi istendiğinde tanı koyma sorunu çözülebilir.

Diğer sorunlar olarak otoimmün hemolitik anemi dediğimiz kan hücrelerinin parçalanması ve indirekt bilirubin yüksekliği tablosu ortaya çıkabilir. Amiloidoz denilen böbreklerde veya pek çok organda biriken bir maddeye bağlı olarak ortaya çıkan bu hastalık ülseratif kolit olgularında nadir olarak karşımıza çıkan sorunlardan birisi olabilir.

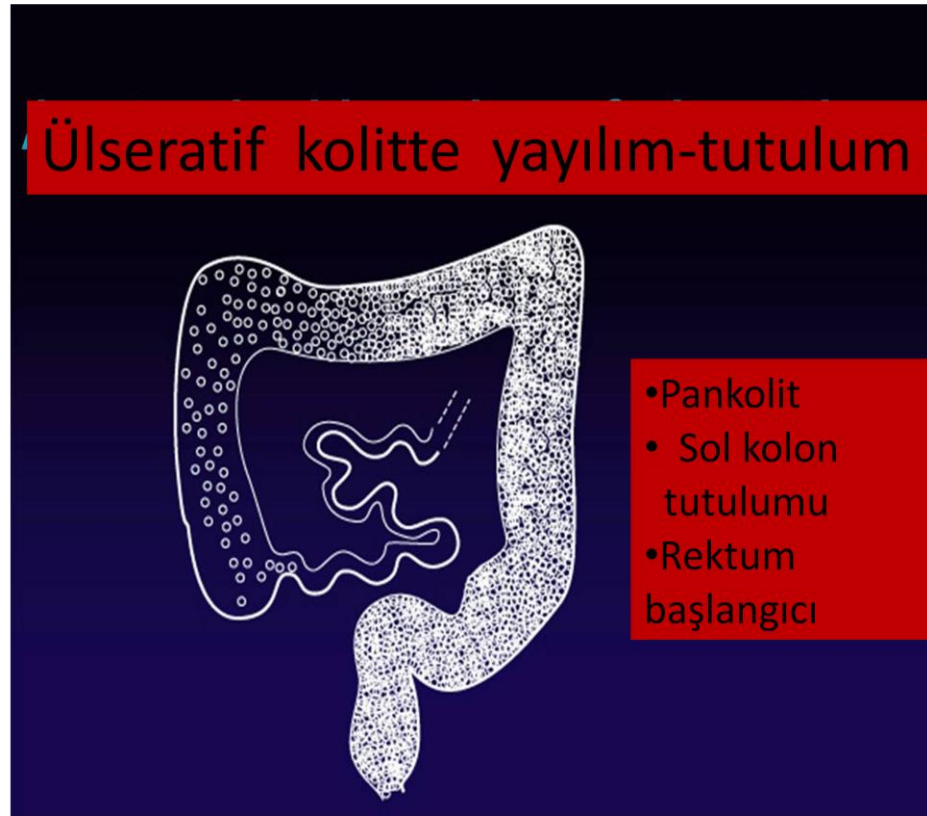
### Soru-9-:

Ülseratif kolit hastalarında kalın barsak tutulumu tüm olgularda aynı mıdır? Tutulumun farklılığı hastalığın seyrini, tedaviye yanıtı etkiler mi?

☑ Yanıt-9-:

Ülseratif kolit olguların %95'inde makatın hemen içinden başlayarak geriye doğru kesintisiz olarak tutulumu sebep olur (resim-7). Hastalığa katılan bölümler iltihaplı, ödemli, yaralı (ülser) ve dokunmakla veya dokunmadan da kanamalı hale gelirler. Bu bölümler kalın barsağın normal olan diğer bölgeleri gibi rahat hareket edemez suyun geri emilimine katılamazlar. Sık iltihaplanmalar sırasında yaralardan kan ve irin akarak mukuslu kanlı gaitaya sebep olurlar. %5 olguda rektum (kalın barsağın son kısmı) hastalığa katılmaksızın hastalık başlayarak geriye doğru yayılım gösterebilir. Kalın barsağın tüm bölümleri hastalığa katıldığı zaman buna pankolit diyoruz.

Resim-7: Ülseratif kolitte tutulum oranları.



Başlangıçta kısa tutulum yapan bir ülseratif kolit olgusunda hasarlı olan alan alevlenme dönemlerinde yavaş yavaş tutulum alanlarını genişleterek ilerler. Bu ilerleme miktarı önceden tahmin edilemez. Her alevlenme mutlaka daha fazla alanın hastalığa katılımı ile olmayabilir. Bunu önceden kestirmek, kaç alevlenme sonrası ne kadar oranda tutulumun genişleyeceği bilinemez. Bazı olgularda ilk atak sırasında kalın barsağın tüm bölümleri hasarlanmış ve pankolit olarak ortaya çıkmış olabilir.

Pankolit olan veya buna yakın hasarlanma yapan ülseratif kolit olgusu doğal olarak sadece rektum ve inen kolonun tutulumuna kıyasla daha ciddi seyreder. Tedavi daha güç olur. Komplikasyonlar (istenmeyen durumlar, hastalığa bağlı sorunlar) daha sık olarak karşımıza çıkar. Seçilecek tedavi yöntemleri de buna paralel olarak değişiklikler gösterir.

☑ Soru-10-

Ülseratif kolit olgularında hastalığın alevlenmesine sebep olanlar nelerdir?

☑ Yanıt-10-

Ülseratif kolit olgularında hastalığın alevlenmesine sebep olan bilinen bazı faktörler bulunmaktadır. Bunlardan bazı örnekler verelim.

1. Bu psikolojik sorunlar genelde önemli sorunlar veya ciddi panik atak tabloları olabilir. Yaşanan psikolojik sorunlar hastalığın alevlenmesine sebep olması söz konusudur. Bir yakının vefatı, önemli bir tartışma gibi psikolojik sorunlar hastalığın alevlenmesine ciddi şekilde sebep olur. Bir hastamda iş kolik olma, sürekli işle uğraşma, kendine zaman ayıramam durumunun yarattığı stresin hastalığın alevlenmelerine sebep olduğunu ve tedaviye yanıtı güçleştirdiğini yakın olarak izlediğimi söyleyebilirim.

2. Enfeksiyonlara maruz kalma hastalığı alevlendirebilir. Üst solunum yolu enfeksiyonu, nezle, paraziter enfeksiyonlar, sinüzit, bronşit, zatürre (pnomoni) gibi pek çok enfeksiyon hastalığı alevlendirebilir.

3. Gebe kalma sakın dönemde olan ülseratif kolit olgularında %25-50 oranında alevlenmeye sebep olabilir. Önemli olan kişi remisyona girdiğinde hamile kalmasına izin vermektir.

4. Ülseratif kolit olgusuna değişik nedenler ile verilen non steroid anti-inflamatuvar ilaçlar (naproksen, etodolak, diklofenak gibi), bazı geniş spektrumlu antibiyotikler, kullanılan sabunlu veya laksatif lavmanlar, ağızdan kullanılan kuvvetli laksatifler hastalığın alevlenmesinde yatkınlığa sebep olurlar.

5. Aşırı spor yapma, aşırı çalışma (tarla da,bağda , bahçede), fabrikada uzun süre çalışma ,ayakta kalma gibi yorgunluklar alevlenme sebeplerindedir.

6. Geçirilen operasyonlarda birer sebep olabilirler. Ayak veya kol kırılması gibi nedenler ,apandisit gibi acil operasyonlar, by-pass cerrahisi gibi ağır operasyonlar hastalığın önemli derecede alevlenmesine sebep olabilirler. Bu tür operasyonlara girerken hastanın kullanmıyor ise kortizon ile korunması sağlanır. Kortizon kullanıyor ise operasyon atlatılıncaya kadar kortizon dozu artırılır.

7.Özellikle kadınlarda şiddetli hormon dalgalanmalarına sebep olan menstrüasyon dönemleri ile menopoza giriş dönemleri hastalığın alevlenmesine sebep olabilirler.

8. Hipertiroidi(tiroid bezinin aşırı çalışması) hastalığına yakalanma ülseratif koliti alevlendiren sebeplerden birisidir.

9. Amebiyazis (amip enfeksiyonu) ülseratif kolit olgularında kolaylıkla kalın barsağa yerleşerek olgunun alevlenmesine sebep olan önemli etkenlerden birisidir.( 10 )

Soru-11-:

Ülseratif kolit hastalığında hangi komplikasyonlar ile karşılaşılabilir?

Yanıt-11-:

Ülseratif kolit olgularında rastlanan komplikasyonlar tablo-6'de gösterelim.

Tablo-6: Kalın barsağa ait komplikasyonlar.

#### KOLONA AİT KOMPLİKASYONLAR

1-Pseudopolipler (yalancı polipler),

2- Striktür (darlık),

3- Abse veya fistül,

4- Kanama,

5- Karsinom,

6- Toksik megakolon,

## 7- Perforasyon (delinme),

Bu komplikasyonlar karşımıza çıktıkça hastaların hayati tehlikesine yol açabilecek özellikte olabilir. Acil ameliyat gerektirebilir. Örneğin aşırı kanama ile hasta acil operasyona alınmak zorunda kalınabilir. Darlık geliştiren ise bu darlığın gerisine kolonoskop ile geçilemez ise hastaların izlemlerinde sorun çıkar. Bu nedenle bu darlıkların balonla genişletilerek açılmaları gerekebilir. Başarılı olmaz ise cerrahi girişim gerekebilir. Apse veya fistül gelişirse ciddi komplikasyonlar olarak ilaçla veya cerrahi girişimler ile ortadan kaldırılmaları gerekecektir.

### Soru-12-

Ülseratif kolit olgularının kafasındaki en önemli sorunlardan biri bu hastalığa yakalandıktan sonra eninde sonunda kalın barsak kanseri olacak mıyım? Kanserden korunabilir miyim? Tedavi ile bunun önüne geçilebilir mi? Bu ve benzeri sorular hastanın hayatını karartacak özellikte olabileceği için bu konuda bizleri aydınlatabilir misiniz?

### Yanıt-12-

Kalın barsak kanser gelişimi riski ülseratif kolit olgularında özellikle pankolit olgularında bir artmış risk taşır. On yıllık hastalık süresinden sonra kalın barsak kanserinde risk artışı söz konusu olur. Tüm ülseratif kolit olgularında kalın barsak gelişme riski %3-6 arasındadır. Bu konuyu hasta kişinin aklında büyütmesi gerekmemektedir. Tabii bunu söylerken hastayı iyice bilgilendirmek doğrudur. Kanser riski yönünden riskli olan olgulara kolonoskopi yapılarak risk belirlenebilir. Pseudopoliplerin kanser gelişiminde riski yoktur. Kolonoskopi sırasında alınan biyopsilerde displazi saptanır ise değerlendirme daha dikkatli yapılmalıdır. Pankolit olgularında ise kalın barsak kanseri gelişim riski artması nedeni ile gastroenterolog bu durumu değerlendirerek gereğinde total kolektomi (tüm kalın barsağın alınması) operasyonuna hasta ile birlikte karar vermesi gerekecektir. Bu süreçte en önemli sorunlardan bir hastanın bu konuya psikolojik olarak hazırlanması gerekliliğidir. Kansere yakalanma riski ortadan kaldırılmak istenirken tüm kalın barsağın alınması operasyonunun hangi komplikasyona ve riskleri getirebileceğinin iyi değerlendirilmesi gerekecektir.

### Soru-13-



Ülseratif kolitin tedavisi var mıdır? Tedavi sonrası hastalıktan tamamen kurtulmak mümkün müdür?

☑ Yanıt-13-

Ülseratif kolit bağışıklık sisteminin abartılı yanıtı ile ilgili olduğu için tedavide ana prensip hastalığın alevlenmesini ortadan kaldırmaktır. Hastalığın bir daha hiç alevlenmemesini sağlamak için kullanılan tedaviler başarılı olmakla beraber hastalığın yinelenmesi riski tam olarak ortadan kaldırılamaz. Hastalığın alevlenmesini kontrol altına almak için etkisi süratle ortaya çıkan esas ilaç kortizondur.

Kortizon kullanımı ile 1-2 hafta içinde hastalık kontrol altına alınır ve sakinleşmesi sağlanır. Bu sakinleşmenin sürdürülmesi için kortizon tedavisi 6 ay 1 yıl kadar kullanılabilir. Kortizonun yan etkileri nedeni ile ilacın daha fazla devam edilmesinde sakıncalar ortaya çıkacaktır.

Kortizon başlandığında yanı sıra başlanan salazoprin tablet veya mesalazin tablet kullanımına başlanarak kortizon kesildiği zaman sakinliğin devam ettirilmesi sürdürülmeye çalışılır. Bu ilaçların ağızdan alımı ile emilerek en uç kısımdaki kalın barsak kesimlerine ulaşması ve tedavide etkin olması oldukça zor olduğu için bu ilaçların makattan kullanılan lavman şekilleri tercih edilir. Mesalazinin lavman şekilleri olduğu gibi kortizonun (budesonid) lavman formları da kullanılmaktadır. Lavman tarzında kullanım ise uygulama zorluğu içermektedir. Bu uygulamanın önemi hastalara anlatıldığı oranda da hastalar uygulamaktadırlar. Hastalığın alevlenmesinin kontrol altına alınıp tekrar alevlenmesinin engellenmesi ve sakinleşme sürecinin devam ettirilmesinde distal (uç) yerleşimli kolitis ülseroza tedavisinde lavman tarzı kullanım son derece önemlidir.

Bazı olgularda kortizona direnç gelişimi söz konusudur ki bu olguların tedavisinde zorlukla karşılaşmaktadır. Kortizon kullanımını düzenlemek ve direnç gelişiminde düzenleme yapmak için immunosüpressif ilaçlar kullanılır. Bu ilaçlardan bilinen azothioprin kullanımı ön plana çıkar. Azothioprin kullanımı ile kortizonun azaltılması veya tamamen bırakılması sağlanabilir.

Tedavide steroide dirençli olan mevcut tedaviler ile kontrol altına alınamayan olgularda anti-TNF antikoru (infiximab) kullanımı olasıdır. Yan etkileri dikkate alınarak kullanılan bu ilaç tedaviye dirençli, fulminant kolit veya toksik megakolonlu ülseratif kolit olgularında alternatif ilaçlardan biri olarak görülmektedir.

Ülseratif kolit tedavisinde yeni yöntemler geliştirilmektedir. Bu yöntemler lökositaferezis (LCAP) olarak isimlendirilen hastanın kanının antikorlardan arındırılması prensibine dayanır (11,12).Bu işlemin uygulanmasında

teknik sorunlar dikkate alınarak başarısı arttırmaya çalışılmaktadır. Türkiye 'de deneyim giderek artmaktadır. Steroid kullanımına dirençli veya steroid yan etkilerinden kurtulmak amacı ile alternatif bir yöntem olarak kullanıma girmiştir.

☑ Soru-14-

Ülseratif kolitte diyet konusunda neler söyleyebilirsiniz? Beslenme şekli ülseratif kolit hastalığının ortaya çıkışında veya alevlenmesinde ne derecede önemlidir?

☑ Yanıt-14-:

Ülseratif kolit hastalığının oluşumunda hastalığa sebep olan bir yiyecek söz konusu değildir. Herhangi bir yiyecek antijeni tanımlanmamıştır. Remisyonda olan bir ülseratif kolit olgusunda herhangi bir gıda hastalığın alevlenmesine sebep olmaz. Buna rağmen acı, ekşi baharatlı gıdalar, hazır konserve gıdalar, katkılı gıdalar, lezzet katıcı ek katkılardan kaçınılmalıdır. Mümkün olduğu kadar mevsiminde ve katkılı olmayan gıdalar tercih edilmelidir.

Hastalığın aktif olduğu ishalin olduğu dönemde ishal diyeti uygulanması gereklidir. Bu dönemde çorba (az yağlı) ekmek, patates haşlama veya püre , makarna , yoğurt, ayran, çay, su tercih edilir. Süt ve süt ürünleri kısıtlanır. Diyare atağı geçtikten sonra süt ve süt ürünleri kısıtlaması kaldırılır. Özellikle çocuklarda ve erişkinlerde beslenme yetersizliğinin oluşmaması için dikkatli olunmalıdır. Kalsiyum alımına dikkat edilmelidir. Karın ağrısı yakınmaları ön planda ise lifli gıdalardan kaçınılabilir.

Folik asit ilavelerinin yararlı olduğu bilinmektedir.

Kortizon kullanan olgularda D vitamini yetersizliği yönünden dikkatli olunmalıdır.

Kaynaklar:

1. Zhang HX, Li JC, Xu G, Liu ZJ. Association between HLA-Cw polymorphism and inflammatory bowel disease

Association between HLA-Cw polymorphism and inflammatory bowel disease]. Zhonghua Nei Ke Za Zhi. 2011 Oct;50(10):856-8.

2. Binder V, Orholm M. Familial occurrence and inheritance studies in inflammatory bowel disease. *Neth J Med.* 1996 Feb;48(2):53-6.
3. Van der Linde K, Boor PP, Houwing-Duistermaat JJ, Crusius BJ, Wilson PJ, Kuipers EJ, de Rooij FW. CARD15 mutations in Dutch familial and sporadic inflammatory bowel disease and an overview of European studies. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2007 Jun;19(6):449-59.
4. Ardizzone S, Maconi G, Bianchi V, Russo A, Colombo E, Cassinotti A, Penati C, Tenchini ML, Bianchi Porro G. Multidrug resistance 1 gene polymorphism and susceptibility to inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2007 May;13(5):516-23.
5. Baraliakos X, Braun J. Spondyloarthritides. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2011 Dec;25(6):825-42. doi: 10.1016/j.berh.2011.11.006.
6. Boonstra K, van Erpecum KJ, van Nieuwkerk KM, Drenth JP, Poen AC, Witteman BJ, Tuynman HA, Beuers U, Ponsioen CY. Primary sclerosing cholangitis is associated with a distinct phenotype of inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2012 Mar 8. doi: 10.1002/ibd.22938.
7. Joo M, Abreu-e-Lima P, Farraye F, Smith T, Swaroop P, Gardner L, Lauwers GY, Odze RD. Pathologic features of ulcerative colitis in patients with primary sclerosing cholangitis: a case-control study. *Am J Surg Pathol.* 2009 Jun;33(6):854-62.
8. Trivedi PJ, Chapman RW. PSC, AIH and overlap syndrome in inflammatory bowel disease. *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* 2012 Feb 2.
9. Torio M, Ishimura M, Ohga S, Doi T, Utsunomiya R, Ohkubo K, Suga N, Tatsugami K, Matsumoto T, Takada H, Hara T. Nephrolithiasis as an extra-intestinal presentation of pediatric inflammatory bowel disease unclassified. *J Crohns Colitis.* 2010 Dec;4(6):674-8. Epub 2010 Jun 30.
10. Tözün N, Gençosmanoğlu R. İnflamatuvar Barsak hastalıklarında acil durumlar. *Gastrointestinal Sistem Acil Hastalıklar*, Ed: Hakan Yüceyar, 2000, 149-166.
11. Mitsuyama K, Yamasaki H, Kuwaki K, Takedatsu H, Sata M. Recent understanding of leukocytapheresis (LCAP) for the treatment of inflammatory bowel disease. *Curr Pharm Des.* 2009;15(18):2110-9.
12. Toshifumi Ashida et al. A multicenter study of the efficacy and safety of leukocytapheresis therapy without concomitant systemic steroid treatment in patients with active ulcerative colitis. *Transfusion and Apheresis Science* 44 (2011) 113–117.

Anahtar kelimeler:

Ülseratif kolit,Crohn hastalığı, pseudomembranöz enterokolit,iskemik kolit,amip koliti,sklerozan kolanjit,kalın barsak kanseri,kolorektal kanser,displazi,eritema nodosum,pyoderma gangrenozum,tromboflebitis,pulmoner emboli ,derin ven trombozu, glomerülonefrit,pyleonefrit,ürolitiazis,nefrolitiazis, üveitis, iritis,episkelritis,amiloidoz,otoimmun hemolitik anemi,pseuodpolip,perforasyon,displazi,pseuodmembranöz enterokolit,kalın barsak,ülseratif kolitte genetik yatkınlık,genetik ,familiyal adenomatozis polipozis koli ,FAP, kanseri,kolonoskopi,salazoprin,mesalazin,mesalamin,lavman,immunosüpressif, azothioprin,LCAP, lökositaferezis,anti-TNF,infliximab,ülseratif kolite bağlı artrit,ülseratif kolit göz tutulumu,üveitis,